

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecho** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ...

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico
Nº Col.:

Fdo.: Paciente

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado

Revocación

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)
domicilio en y DNI Nº.....

en calidad de de Don/Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fechay no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico
Nº Col.:

Fdo.: Paciente